



# Variations territoriales des pratiques médicales

## Pourquoi et comment les analyser ?

*Zeynep Or(or@irdes.fr)*

*Institut de recherche et documentation en économie de la santé*

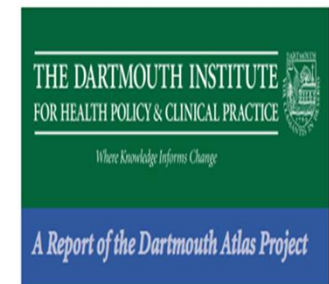
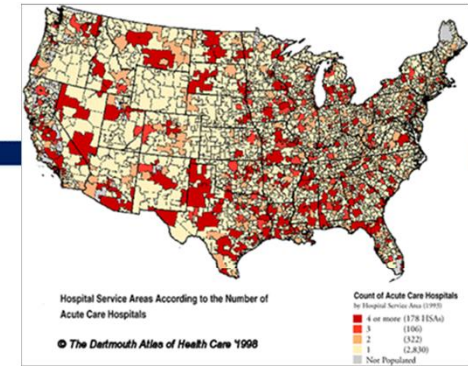
JOURNEE PERTINENCE 1er JUIN 2017

# La genèse

- A problèmes de santé identiques, les patients sont soignés de manière très différente
  - selon leur lieu d'habitation
  - selon l'établissement où ils sont soignés
  - selon le médecin
- La présence de l'asymétrie d'information en santé est reconnue comme un phénomène déterminant l'offre et la demande de soins (Fuch, 1978; Cromwell et Mitchell, 1986)
- Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par le besoin de soins des patients, **les variations de pratiques médicales posent un problème de nature éthique, thérapeutique et économique**

# Littérature sur la variation des pratiques

- Les soins peuvent être conditionnés par
  - la capacité médicale locale (de lits, de spécialistes, d'équipement etc.)
  - les incitations financières
  - la «culture» médicale locale(Wennberg et al. 1982 ; Corrella et al.2014; Gaynor, 2004)
- Des facteurs non-médicaux (la situation socio-économique des patients) peuvent influencer la demande et l'offre (Reeder-Hayes et al. 2011; Black et al. 2014)



# Littérature sur la variation des pratiques



## Différentes catégories de soins

- **les soins efficaces** : existe des preuves solides de l'efficacité et/ou de coût-efficacité avec un consensus général sur leurs conditions d'utilisation (par la population concernée par le traitement)
- **les soins dont le bénéfice net est incertain et inégal** selon les groupes de patients. L'efficacité a été démontré pour un sous-groupe de patients, mais dont certains effets secondaires se révèlent plus importants que les avantages estimés pour les autres
- **les soins dont l'efficacité n'a pas été démontrée** et pour lesquels le bénéfice marginal est très faible, voire négatif pour certains patients

## Pourquoi des analyses de variations au niveau territorial ?

- Les taux de recours aux soins de la population, calculés sur un territoire donné, sont naturellement le reflet des besoins de soins de la population locale mais également de l'organisation de l'offre, de la disponibilité des lits et des médecins ainsi que de leurs pratiques médicales
- **Analyse territoriale permet de** : repérer des inégalités de ressources, d'utilisation et de résultats de soins
- Fournir une information spécifique sur la performance du système de santé (équité et efficacité)
- Identifier des solutions transférables: **causes, conséquences et remèdes**

# Première étape: Atlas des variations des pratiques médicales

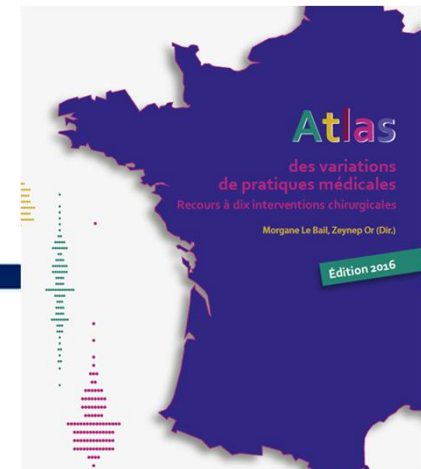
- De nombreux pays produisent des atlas de recours aux soins afin d'interroger systématiquement les variations de pratiques, d'informer le grand public et de sensibiliser les professionnels
- En France 1<sup>re</sup> édition en fin 2016
- IRDES, DGOS, ATIH avec la collaboration de HAS, CNAMTS, ARS
- Avant-propos Pr J. Wennberg et D. Goodman (The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice)



## Méthodes

- 10 interventions chirurgicales identifiées prioritaires en termes de pertinence et de qualité des soins + une intervention de « référence » => *chirurgie de la fracture de hanche*
- Taux de recours: rapportent le nombre d'interventions hospitaliers à la population du département selon le lieu de résidence des patients => *part des personnes opérées dans un département*
- Standardisés pour corriger l'effet de la structure d'âge et de sexe
- Statistiques de variations interdépartementales

<http://www.irdes.fr/recherche/2016/ouvrage-002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.html>



- Ablation des amygdales
- Appendicectomie
- Césarienne
- Chirurgie de l'obésité
- Chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate
- Chirurgie du syndrome du canal carpien
- Cholécystectomie
- Hystérectomie
- Pose d'une prothèse du genou
- Ablation de la thyroïde

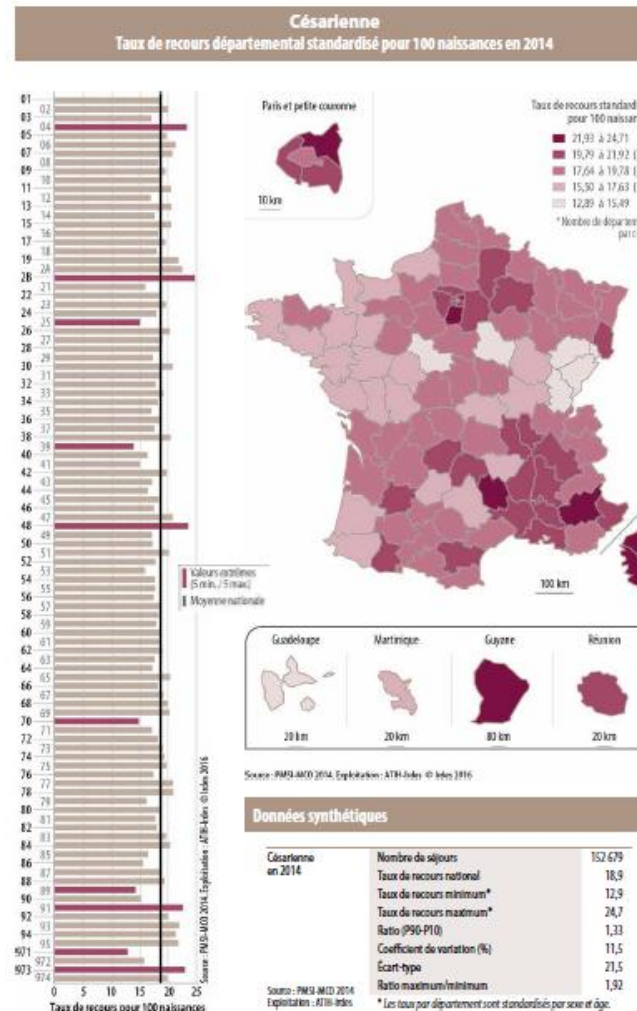
# Un outil de diagnostic

- Pour chaque thématique, une double page comprenant :
- Une cartographie des taux de recours, graphique et tableau d'indicateurs de dispersion et de variation
- La description et analyse des variations de pratiques médicales
- Une mise en contexte par un « référent » de la thématique

## Césarienne

### De quoi s'agit-il ?

La césarienne est une intervention



### Quelles variations des pratiques ?

Les taux de césariennes pour grossesse unique ont augmenté régulièrement dans les années 2000 (pres de 10 % entre 2005 et 2010). Pourtant, depuis 2010 en France, le nombre de séjours pour césariennes a diminué d'un peu plus de 4 % passant de 159 742 à 152 679 en 2014 (Tableau), pour un peu plus de 800 000 accouchements. Avec un taux de recours moyen national de 18,7 pour 100 naissances en 2014, la France se situe nettement en dessous des pays comme l'Allemagne et l'Australie (plus de 30 pour 100 naissances).

Toutefois, les taux standardisés (par l'âge des mères) de césariennes pour grossesse unique variant de 12,9 pour 100 naissances en Guadeloupe à 24,7 % en Haute-Corse. Les départements présentant les taux les plus élevés sont la Guyane, les Alpes de Haute-Provence, la Lozère et la Haute-Corse (plus de 23 séjours pour 100 naissances). Les départements caractérisés par les taux les plus faibles sont l'Yonne, le Lot-et-Garonne, le Doubs, la Guadeloupe, le Jura et la Haute-Saône (moins de 15 pour 100 naissances).

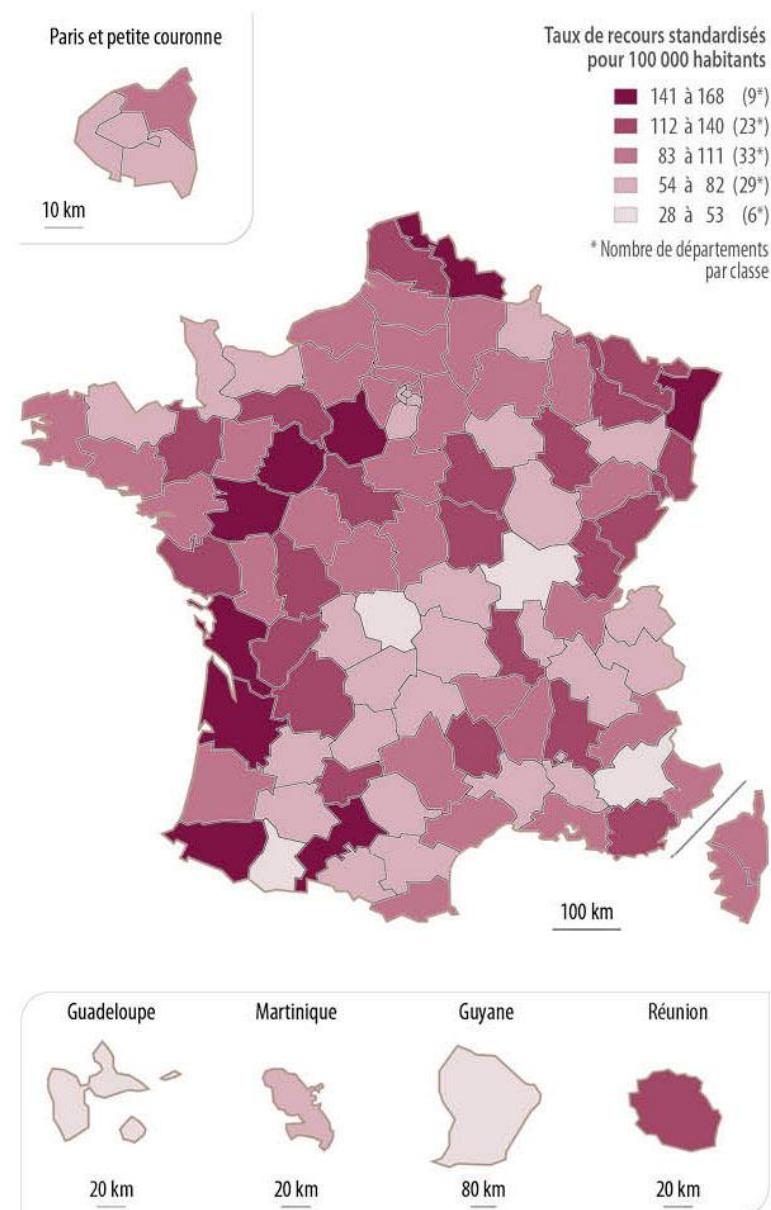
En France, en 2009, on constate une hétérogénéité des pratiques de césariennes programmées, leurs taux variant de 2 à 20 %. Les taux sont

plus élevés dans les maternités de type I qui prennent en charge les cas les moins compliqués et dans les maternités privées après ajustement au niveau de complications de l'accouchement (Milcenc et Rochut, 2009).  
Un programme national d'optimisation de la pertinence des césariennes a ainsi été mis en place, s'appuyant sur des recommandations de la HAS, des guides patients et de professionnels (HAS, 2013) et sur une expérimentation nationale menée entre janvier 2013 et mai-novembre 2014 (HAS, 2014). Cette expérimentation avait pour objectifs de tester un guide d'analyse et d'amélioration des pratiques, de partager les retours d'expériences, outils d'analyse et d'amélioration des pratiques développés par les équipes de terrain. Elle a fait l'objet d'une forte mobilisation avec la participation de 165 maternités volontaires. Entre 2011 et 2014, le taux national annuel de césariennes a terminé à légèrement diminué, mais la variabilité intermaternité persiste : en 2014, on observe toujours un taux de césariennes beaucoup plus important dans les maternités privées que dans les maternités publiques ainsi que dans les maternités de niveau I par rapport à celles de niveau 3\* (HAS, 2016).



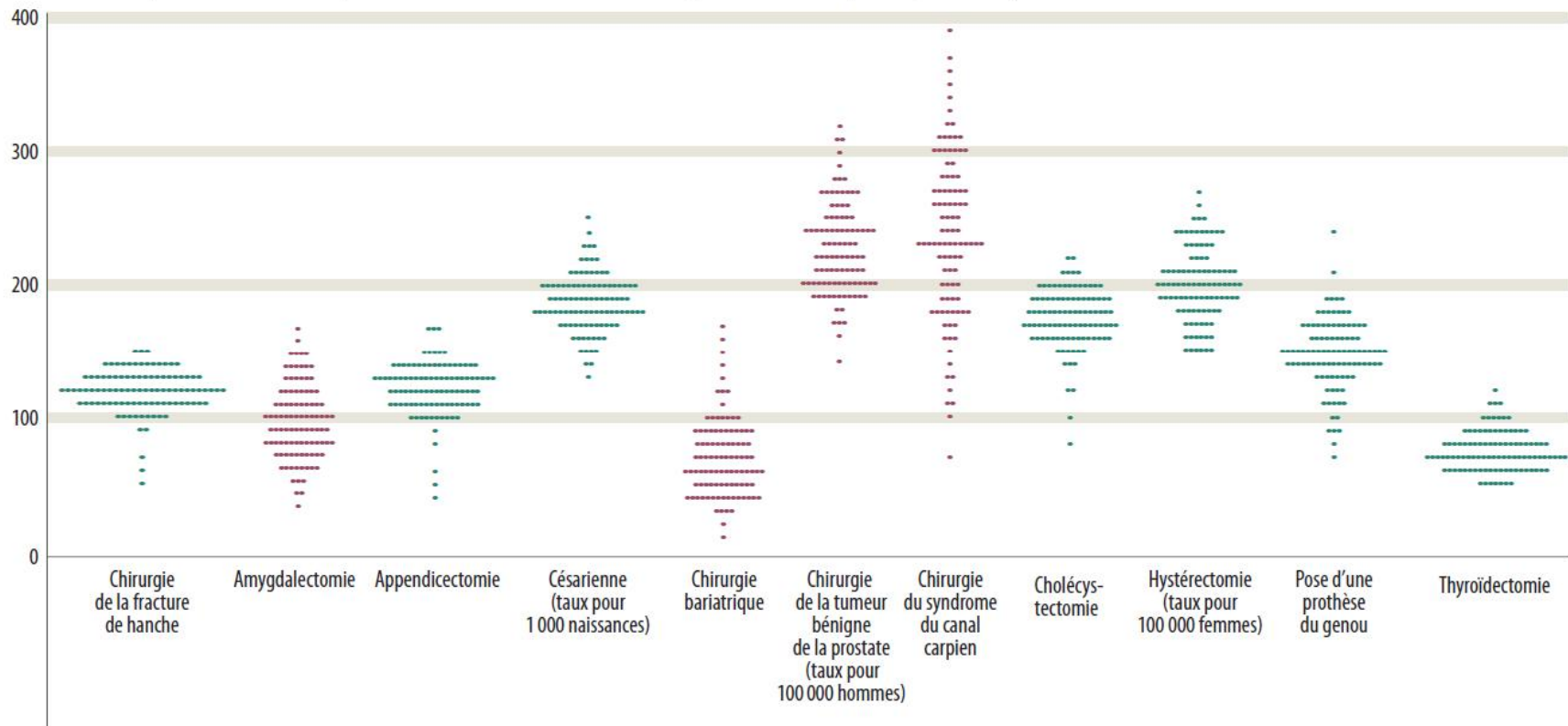
**Amygdalectomie ou ablation des amygdales**  
Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014

- **Ablation des amygdales:**
- Premiers travaux de Glover dans les années 30 : des écarts de 1 à 20 d'un quartier à l'autre à Londres (Glover, 1938)
- => tendance à l'intervention « *comme un rituel prophylactique de routine* »
- France: Les taux varient de 42 pour 100 000 dans les Alpes-de-Haute-Provence ou dans la Creuse, à 168 en Gironde



## Variation des taux de recours à différentes pratiques chirurgicales en France en 2014

Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants (sauf césarienne, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate et hystérectomie)



Nombre de séjours	77 630	66 098	77 292	152 679	46 861	69 657	143 744	113 426	64 612	95 966	46 477
Taux moyen national	119	101	118	189	72	221	220	175	192	147	71
Écart-type	0,17	0,29	0,21	21,5	0,30	0,35	0,62	0,23	0,27	0,27	0,15

## Conclusions de l'atlas

---

- Les variations de pratiques médicales sont omniprésentes et persistent même pour des interventions courantes dont l'efficacité est reconnue
- L'existence des variations entre départements pour des traitements efficace est un problème de prévention, de qualité et d'équité d'accès aux soins
- Pour les interventions l'efficacité est variable selon les patients, il est aussi nécessaire de comprendre le rôle des **facteurs liés à l'offre de soins et à la demande** (choix des patients, statut socio-économique)

## La prise en charge des cancers du sein

- au premier rang des cancers incidents chez la femme (31 %)
- il existe plusieurs options de traitement chirurgical pour les femmes qui doivent se faire opérer
  - chirurgie conservatrice
  - technique du ganglion sentinelle
  - reconstruction mammaire immédiate après une mastectomie totale
- Des options moins invasif, permet d'éviter les conséquences négatives d'un mastectomie /ou curage axillaire systématique ou une re-intervention



n° 226 - Mars 2017

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :  
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/226-variations-des-pratiques-chirurgicales-dans-la-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-en-france.pdf>

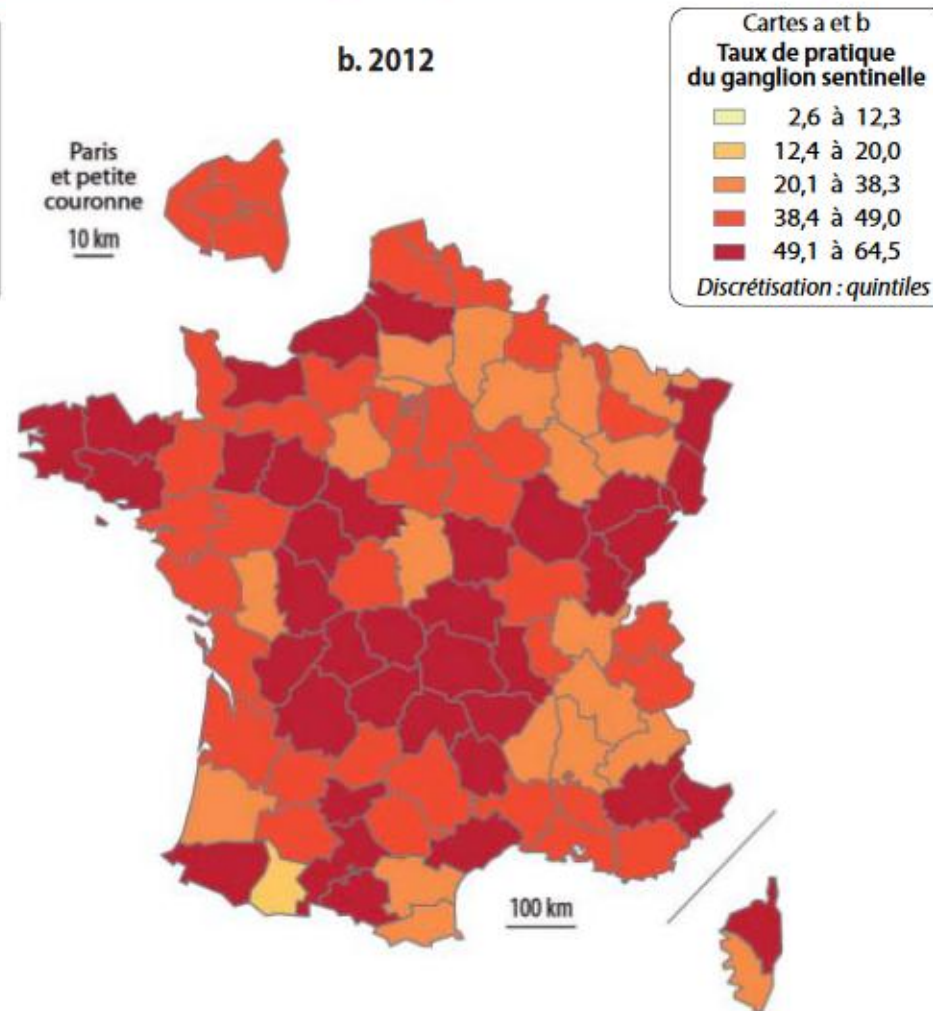
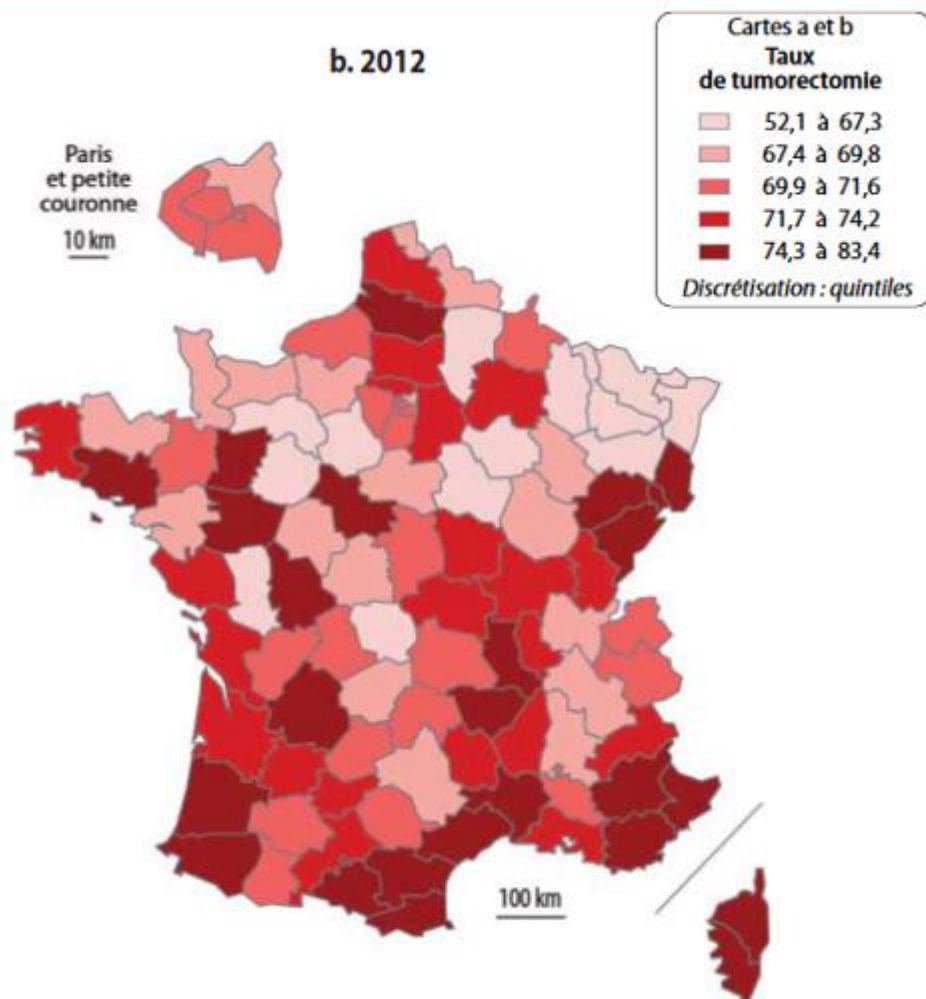
### Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France

Zeynep Or (Irdes), Virginie Mobillion (Upec, Irdes), Mariama Touré (Irdes),  
Chafika Mazouni (Gustave Roussy), Julia Bonastre (Gustave Roussy, Inserm-CESP)

En 2015, le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes d'incidence (54 000 nouveaux cas) et de mortalité (12 000 décès) [Inca, 2015]. La prise en charge chirurgicale des cancers du sein s'est améliorée à la suite d'évolutions diagnostiques et thérapeutiques, mais également d'une recomposition de l'offre de soins en cancérologie.

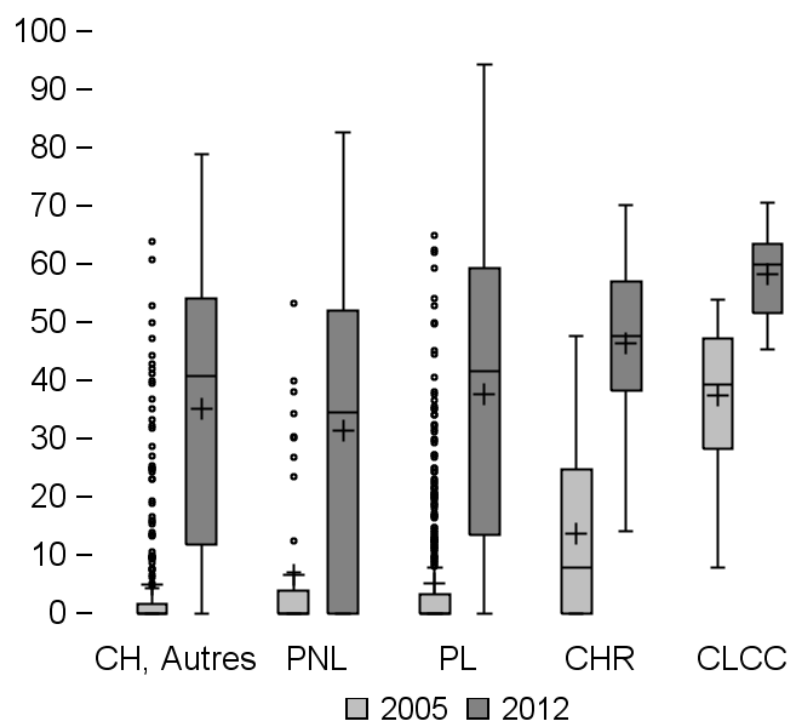
Le traitement conservateur (tumorectomie) est devenu le traitement de référence avec un taux de recours dépassant 70 % dans une grande majorité d'établissements en 2012. Entre 2005 et 2012, la technique du ganglion sentinelle s'est diffusée dans la plupart des établissements, et le nombre de patientes en ayant bénéficié a triplé sur la période. En revanche, la reconstruction mammaire immédiate après une mastectomie totale reste peu

# Taux de tumorectomie et de pratique du ganglion sentinelle

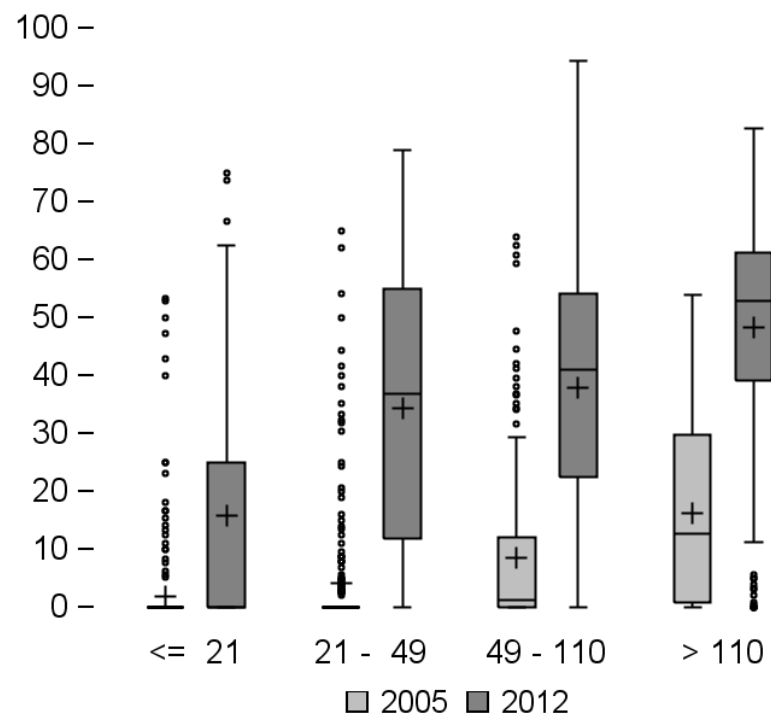


# Variations des pratiques entre les établissements: pratique du ganglion sentinelle

**Catégorie d'établissement**



**Volume d'activité**



# Modélisation multiniveau

---

- **Variables patients**

- **Âge** (quartiles de la distribution); **Etat de santé**: Indice de Charlson ; **Carcinome** in situ (0/1); Mastectomie avec axillaire dissection, chimiothérapie dans l'année (IBR)
- **Revenu** fiscal médian par unité de consommation (Au niveau de la zone PMSI de résidence du patient)

- **Variables établissements**

- **Volume d'activité** pour chirurgie du cancer du sein (quartiles de la distribution)
- **Catégorie** d'établissement : Centre hospitalier (CH); Centre hospitalier régional (CHR); Centre de lutte contre le cancer (CLCC); Etablissement privée à but non lucratif (PNL)  
Etablissement privée à but lucratif (PL)

➤ Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de bénéficier de la technique de ganglion sentinelle est plus élevée dans les CLCC, les CHR et dans les établissements ayant un volume d'activité élevé

## Conclusions .....

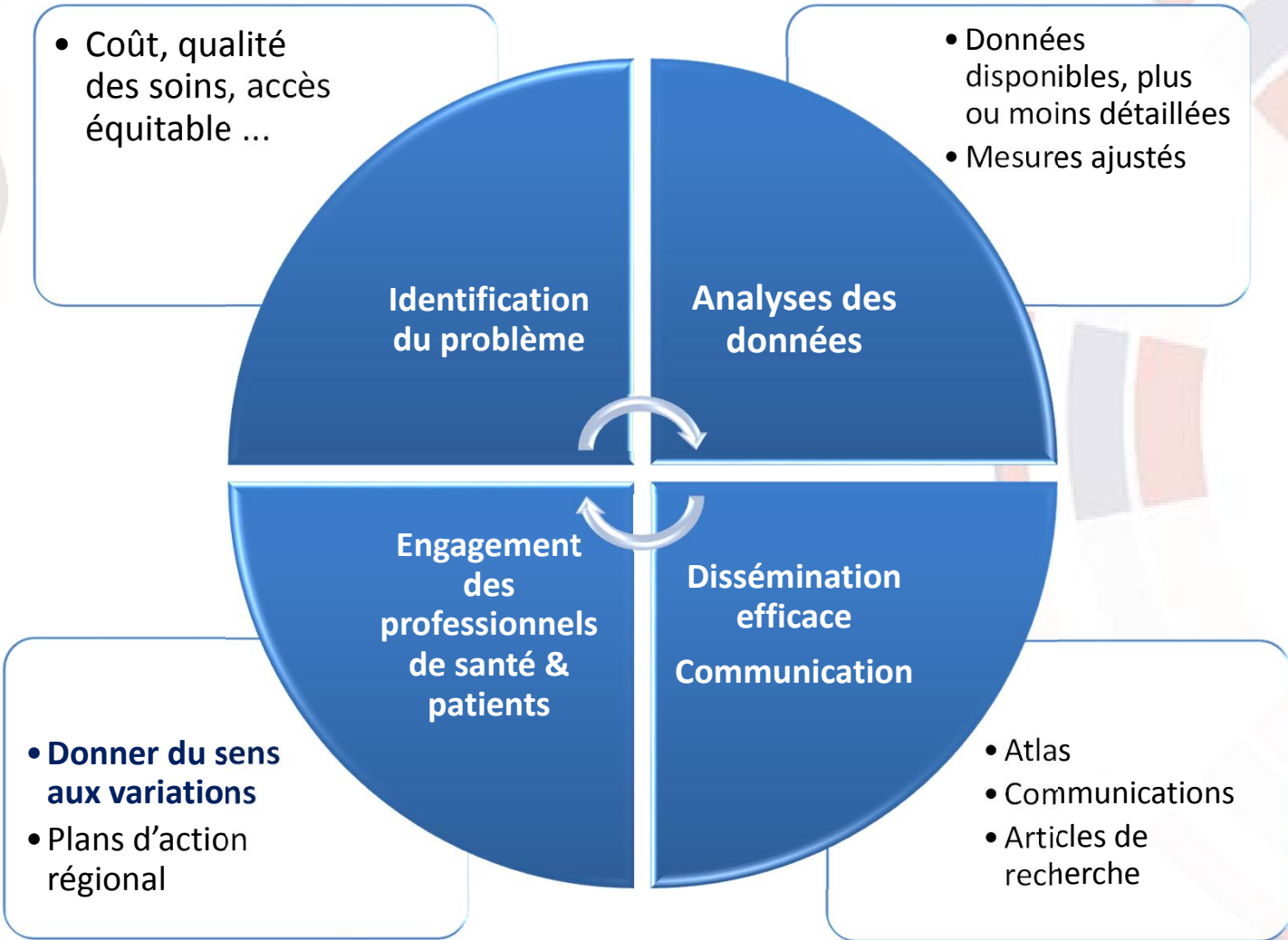
---

- Les inégalités territoriales observées soulèvent la question de la qualité des soins dispensés, de l'équité d'accès aux soins et de l'efficacité dans l'allocation de ressources humaines et financières limitées
- Nécessaire de comprendre les causes et les conséquences des variations observées
- Pour informer les patients et les professionnels de santé pour améliorer la qualité et donner à chacun la même possibilité de traitement sur l'ensemble du territoire





# Cercle vertueux de la pertinence



---

**Merci pour votre attention !**